

Приложение  
к Порядку ведения учетной формы  
№ 025/у-ВМП «Талон на оказание ВМП»,  
утвержденному Приказом  
Минздравасоцразвития России  
от 16 апреля 2010г. № 242н

**В Департамент здравоохранения города Москвы**

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о согласии на обработку персональных данных**

Я, \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество **ПАЦИЕНТА**)

даю согласие Департаменту здравоохранения города Москвы на обработку и использование данных, содержащихся в настоящем заявлении, с целью организации оказания высоко-технологичной (специализированной) медицинской помощи и прошу оформить электронный «Талон на оказание ВМП» («Талон на оказание СМП») в \_\_\_\_\_ (наименование медицинского учреждения)

1. Дата рождения \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

2. Пол \_\_\_\_\_ (женский, мужской – указать нужное)

3. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ (наименование, серия и номер документа, кем и когда выдан)

4. Адрес постоянной регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

5. Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_ (почтовый адрес по месту постоянной регистрации)

Контактный телефон \_\_\_\_\_ (почтовый адрес фактического проживания)

Электронная почта (при наличии) \_\_\_\_\_

6. Наименование страховой компании, серия и № страхового полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_

7. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_ (номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования)

Социальная группа: дошкольник, школьник, студент, работающий, неработающий, пенсионер (нужное подчеркнуть)

Инвалидность (нужное подчеркнуть):  есть  нет

8. Сведения о законном представителе\* \_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

\_\_\_\_\_ (почтовый адрес места жительства, пребывания, фактического проживания, контактный телефон)

9. Дата рождения законного представителя \_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

10. Документ, удостоверяющий личность законного представителя \_\_\_\_\_ (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

11. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_ (наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

\* Примечание: пункты с 8 по 11 заполняются в том случае, если заявление заполняет законный представитель пациента – гражданин Российской Федерации.

**Об ответственности за достоверность представленных сведений  
предупрежден/предупреждена (нужное подчеркнуть)**

На передачу лично мне сведений о дате госпитализации и иных данных по указанному телефону и/или электронной почте согласен/согласна (нужное подчеркнуть)

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

Далее заполняет специалист, принимающий документы:

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы пациента \_\_\_\_\_

Принял \_\_\_\_\_ (дата приема заявления) \_\_\_\_\_ (подпись специалиста)

**Расписка-уведомление Департамент здравоохранения города Москвы**

Заявление и документы пациента \_\_\_\_\_

Принял \_\_\_\_\_ (дата приема заявления) \_\_\_\_\_ (подпись специалиста)

Примечание: Расписку-уведомление необходимо хранить до окончания лечения.